

PREGUNTA 5

¿Es efectivo el cribado de diabetes? En su caso, ¿en qué grupos de riesgo?

José Luis Martín Manzano

Según el estudio Di@bet.es, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en España es del 13,8 % y, de los pacientes con DM2, casi la mitad (6 %) no sabe que padece la enfermedad. Esto, junto con el hecho de que la DM2 tiene un período asintomático bastante largo, durante el cual se desarrollarán complicaciones específicas tales como la nefropatía o la retinopatía diabética, hace que la mayoría de las guías y grupos de expertos recomienden un cribado oportunista (no se recomienda un cribado poblacional) de la DM2.

EFFECTIVIDAD DEL CRIBADO

Ensayos clínicos aleatorios (ECA) no han demostrado que el cribado de la diabetes mellitus (DM) mejore los resultados importantes en salud (complicaciones microvasculares, enfermedad cardiovascular o mortalidad). Esto puede deberse a que la duración de los ECA no es suficiente, ya que se espera que estas complicaciones necesiten más de 10 años para desarrollarse, por lo que los estudios pueden no demostrar mejoras en la morbimortalidad asociada a las complicaciones de la DM2 por falta de un seguimiento más prolongado.

Una revisión sistemática publicada en el año 2015 que incluía dos ECA que evaluaban la eficacia del cribado no encontró pruebas de que este mejorara la mortalidad a los 10 años de seguimiento¹.

En un ECA realizado en el Reino Unido, el estudio Addition-Cambridge², se aleatorizó a personas de alto riesgo de presentar DM según una escala validada ($n = 15\ 408$) en tres grupos: cribado + intervención intensiva (centrado especialmente en el control de glucemia, presión arterial y lípidos), cribado + intervención habitual y no cribado. Tras un seguimiento medio de 9,6 años, no hubo diferencias en la mortalidad entre cribar o no cribar (10,50 y 9,89 muertes por cada 1000 personas-año, respectivamente), con una *hazard ratio*

de 1,06 (intervalo de confianza del 95 %: 0,90-1,25). Tampoco hubo diferencias en la mortalidad relacionada con la DM, la mortalidad cardiovascular, la mortalidad por cáncer u otras causas de muerte. Una limitación de este estudio es que la prevalencia de DM fue baja (3 %), por lo que los propios autores recomiendan precaución a la hora de extrapolar los datos a poblaciones de mayor prevalencia de DM2.

En el estudio de Simmons et al.³, con un seguimiento de 18 años de una cohorte de hombres y mujeres de 40-65 años sin DM2 conocida y elegidos al azar entre la población, se mostró una disminución no significativa de la mortalidad a favor del cribado. Un segundo estudio (Diabscreen⁴) comparó dos cohortes prospectivas de personas de 40-75 años con mayor riesgo de DM2 (según los criterios de la American Diabetes Association [ADA]), una cohorte diagnosticada por cribado oportunista ($n = 354$) y los de la otra por signos o síntomas ($n = 206$). Con posterioridad al diagnóstico, recibieron los mismos cuidados y, tras 7,7 años de seguimiento, no hubo diferencias en la variable compuesta (mortalidad cardiovascular + infarto agudo de miocardio, accidente cardiovascular no mortal), *hazard ratio* ajustada de 0,67 (intervalo de confianza del 95 %: 0,36-1,25).

Respecto a los efectos adversos del cribado, un ECA⁵ concluye que no los presenta, mientras que otro demuestra mayor grado de ansiedad en las personas sometidas a cribado⁶.

RECOMENDACIONES DE CRIBADO SEGÚN LOS GRUPOS DE EXPERTOS

Siempre será un cribado oportunista y se basa en dos enfoques: a toda la población a partir de cierta edad o específico a determinadas personas identificadas como de «alto riesgo» tomando como base determinados factores de riesgo.

American Diabetes Association⁷

Recomienda el cribado cada tres años en personas mayores de 45 años o con mayor frecuencia, generalmente anual, si tienen sobrepeso u obesidad y cualquiera de los factores de riesgo para DM2 que se mencionan a continuación: inactividad física, familiares de primer grado con DM2, mujeres con niños al nacer con más de 4,1 kg o con DM gestacional, síndrome del ovario poliquístico, hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) $\geq 5,7$ %, glucemia basal alterada o tolerancia alterada a la glucosa y enfermedad cardiovascular previa, hipertensión arterial, lipoproteínas de alta densidad < 35 mg/dl o triglicéridos > 250 mg/dl.

National Institute for Health and Care Excellence y The Canadian Task Force on Preventive Health Care^{8,9}

Recomiendan realizar el cálculo de riesgo a través del FINnish Diabetes Risk SCore (FINDRISC), un cuestionario de autoevaluación, al menos cada 3-5 años en personas ≥ 40 años y también entre 25 y 39 años en caso de presencia de factores de riesgo de DM2. En función del resultado del FINDRISC, recomiendan:

- ≤ 14 puntos: repetir el FINDRISC a los cinco años.
- ≥ 15 puntos: realizar glucemia en ayunas o HbA_{1c} :
 - Si se presenta una glucemia basal en plasma venoso < 100 mg/dl o $HbA_{1c} < 6$ %: realizar el FINDRISC cada tres años.
 - Si se presenta una glucemia basal en plasma venoso de 100-125 mg/dl o HbA_{1c} del 6-6,4 %:

ofrecer medidas intensivas de modificación de estilo de vida y control anual.

United States Preventive Services Task Force¹

Simplemente, concluye que no hay pruebas para estar a favor o en contra del cribado de DM en adultos que no tengan hipertensión arterial o mujeres que no estén embarazadas.

Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes¹⁰

Concluye que no hay pruebas sólidas que apoyen la eficacia del cribado de DM2 en términos de morbimortalidad, al menos en poblaciones con bajo riesgo de desarrollar DM2, pero no puede descartarse su eficacia en poblaciones de mayor riesgo o con diferentes prevalencias de DM2, por lo que se recomienda mantener el cribado oportunista dentro del contexto de la valoración del riesgo cardiovascular.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Véase la tabla 1.

JUSTIFICACIÓN DE LA RECOMENDACIÓN

Hacen falta estudios a largo plazo que comparen la morbimortalidad y la calidad de vida entre pacientes diabéticos detectados mediante cribados y aquellos que recibieron el diagnóstico mediante la atención clínica rutinaria.

Tabla 1 Niveles de evidencia y grados de recomendación

Nivel de evidencia	
2++	No hay pruebas suficientes que demuestren que el cribado de la diabetes mellitus tipo 2 mejore la morbimortalidad asociada a la diabetes mellitus
Grado de recomendación	Recomendación
D	Se sugiere utilizar la estrategia actual de cribado oportunista con glucemia basal cada 4 años en mayores de 45 años, dentro del contexto de detección de otros factores de riesgo cardiovascular
D	Se sugiere el cribado en 2 etapas mediante el FINDRISC cada 4 años a partir de los 40 años y la glucemia basal cuando la puntuación obtenida sea superior o igual a 15
FINDRISC: FINnish Diabetes Risk SCore.	

BIBLIOGRAFÍA

1. Selph S, Dana T, Blazina I, Bougatsos C, Patel H, Chou R. Screening for type 2 diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2015;162:765-76.
2. Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, Sargeant LA, Williams KM, Prevost AT, et al. Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2012;380:1741-8.
3. Simmons RK, Rahman M, Jakes RW, Yuyun MF, Niggebrugge AR, Hennings SH, et al. Effect of population screening for type 2 diabetes on

mortality: long-term follow-up of the Ely cohort. *Diabetologia* 2011;54(2):312-9.

4. Klein Woolthuis EP, De Grauw WJ, Van Keeken SM, Akkermans RP, Van de Lisdonk EH, Metsemakers JF, et al. Vascular outcomes in patients with screen-detected or clinically diagnosed type 2 diabetes: Diabscreen study follow-up. *Ann Fam Med* 2013;11(1):20-7.
5. Park P, Simmons RK, Prevost AT, Griffin SJ. Screening for type 2 diabetes is feasible, acceptable, but associated with increased short-term anxiety: a randomised controlled trial in British general practice. *BMC Public Health* 2008;8:350.
6. Eborall HC, Griffin SJ, Prevost AT, Kinmonth AL, French DP, Sutton S. Psychological impact of screening for type 2 diabetes: controlled trial and comparative study embedded in the ADDITION (Cambridge) randomized controlled trial. *BMJ* 2007;335(7618):486.
7. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2015. *Diabetes Care* 2015;38(Suppl 1):S8-16.
8. NICE. Preventing type 2 diabetes: risk identification and interventions for individuals at high risk. NICE public health guidance 38. 2012. Disponible en: URL: guidance.nice.org.uk/ph38. Último acceso: septiembre 2015.
9. Pottie K, Jaramillo A, Lewin G, Dickinson J, Bell N, Brauer P, et al.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. *CMAJ* 2012;184:1687-96.
10. Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, et al. Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Rev Clin Esp* 2015;215:117-29.